



患者ADATSA資格通知
CLIENT NOTICE OF ADATSA ELIGIBILITY

作為ADATSA項目的參加者，你可從華盛頓州獲得某些好處。要保持這些好處，你有若干權利和義務。如果你符合參加ADATSA的條件，你可以：

- 1) 獲得一段療程的治療。將由評估中心依據對您最有利的臨床判斷來決定療程時間。
決定的基礎是什么對你好處最大。
- 2) 當你在等候治療名單上時，獲得醫療援助；以及在治療期間，獲得經濟上和醫療上的幫助。

你可能有資格領取食品券，但食品券不是自動獲得，你需到社區服務辦公室(CSO)申請。

符合：

- 居家治療
- 門診治療
- 在參加鴉片劑依賴性治療（Methadone保持）時的醫療服務
- 其他

不符合接受ADATSA治療的條件。原因是你：

- 使用毒品與酒精，因此不符合僱用條件
- 符合條件但拒絕接受治療；理由是：_____
- 選擇了只參加Methadone 保持項目
- 治療對你無作用（不能從治療中受益）；理由是：_____
- “非ADATSA” 治療建議：

權利和義務

如果被接納參加ADATSA治療服務，你可能符合資格享受治療和生活補貼，只要你在治療過程中全力合作。這就是說，你必須準時參加治療，並遵守向你提供治療的機構的規章製度。

你有權在任何時間與社區服務辦公室或評估中心/機構聯系。這包括，但不限于下列情況：你被免除居家治療或門診治療，或你被與州社會和健康服務局有服務合同關係的服務機構解除治療。

對評估中心或治療機構採取的任何行動，你均有權要求和按照其“申訴程序”上訴。

對影響你ADATSA資格或利益的任何行動，如果你有異意，你有權要求公正的聽証。你可在收到通知之日起的90天內書面提出舉行公正聽証的請求，地址是：Office of Appeals, PO Box 2465, Olympia, Washington 98507-2465。

本表內容已由有關人員對我作了解釋，我的治療服務也已由有關人員對我作了說明，我完全理解這些內容和說明。

患者簽名	患者姓名（正楷書寫）	日期
------	------------	----